

登録番号	
------	--

病児・病後児保育登録申込書

年 月 日

(あて先)周南市長

申請者

住所 \_\_\_\_\_  
(ふりがな)  
 氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

周南市病児・病後児保育事業実施要綱に基づき登録を申し込みます。  
 この事業の利用料金確定のため、児童と生計を一にする父及び母（これらの者がいない場合は、生計を一にする児童を監護する者）の所得状況を調査することに同意します。

ふりがな 児童氏名	愛称 ( )		男 女	生 年 月 日	年 月 日 生 歳 カ月
所 属 保育所名 学 校名	保育所・幼稚園		電 話 _____		
	小学校		電 話 _____		
保護者氏名 (緊急時連絡先に○をつけて下さい)	父	電話	自宅 携帯	勤務先 _____ 電話 _____	
	母	電話	自宅 携帯	勤務先 _____ 電話 _____	
兄弟姉妹 の状況	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)
かかりつけ医					

※所得等により、利用料の減免があります。減免制度の対象となる可能性がありますか。

( はい ・ いいえ )

確 認 欄	年 月 日 ~ 年7月31日まで
	1 生活保護法による被保護世帯 1日 0円 (半日 0円)
	2 市民税非課税世帯 1日 0円 (半日 0円)
	3 所得税非課税世帯 1日 1,000円 (半日 500円)
	4 所得税課税世帯 1日 2,000円 (半日 1,000円)